



Date/Fecha

Caseworker/Administrador de casos

Office Address and Telephone/Oficina y Teléfono

Name and Address/Nombre y dirección

AVISO DE ALTERNATIVAS EN LA COMUNIDAD (CBA)

Se determinó que usted llena los requisitos para recibir servicios de Alternativas en la Comunidad (CBA). Su elegibilidad comienza el _____

Los servicios indicados en el Plan Individual de Servicios adjunto comienzan el _____

Usted llena los requisitos para recibir Medicaid, comenzando el (fecha) _____

Tiene que pagar _____ por alojamiento y comida a más tardar el _____ y luego tiene que pagar _____ por mes, comenzando el..... _____

Tiene que pagar..... _____ de copago a más tardar el _____ y luego tiene que pagar _____ por mes, comenzando el..... _____

A partir del _____, su Plan de Servicio tendrá el siguiente cambio:

Comentarios: (hasta 3 líneas)

PROVIDER AUTHORIZATION:

The following providers are authorized to deliver, to the person named above, CBA services identified on the CBA individual Service Plan:

Provider	Type	Vendor No.	Effective Date	Termination Date

NOTE: Providers are not authorized to provide services after the Termination Date (indicated above) or after the ISP "to" date (on Form 3671-T).

Signature-Case Manager Date

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el administrador de casos cuyo nombre aparece en la página 1.

USTED PUEDE PEDIR UNA AUDIENCIA PARA APELAR CONTRA LA DECISIÓN MARCADA EN LA PÁGINA 1. Usted pierde el derecho de apelar contra esta decisión 90 días después de la fecha de este aviso. Si actualmente está recibiendo servicios y apela contra esta decisión dentro de los 12 días siguientes a la fecha de este aviso, es posible que pueda seguir recibiendo los servicios que recibe actualmente hasta que termine la audiencia. Si la decisión que se tome en la audiencia concuerda con la acción indicada en la página 1, es posible que tenga que pagar el costo de los servicios que haya recibido durante el trámite de apelación.

Si pide la audiencia, puede representarse a sí mismo o puede pedir que lo represente un representante autorizado que puede ser un pariente, un amigo o un abogado. Si usted, su representante o el funcionario de audiencias lo pide, el administrador de casos puede estar presente en la audiencia.

SI QUIERE UNA AUDIENCIA, marque abajo el lugar indicado, firme y ponga la fecha. Devuelva este aviso al administrador de casos anotado en la página 1. Guarde la copia entre sus demás papeles. También puede pedir la audiencia en persona o por teléfono.

SI NO QUIERE UNA AUDIENCIA, NO DEVUELVA ESTE AVISO. Si dentro de los 12 días de la fecha de este aviso no hemos recibido la petición de una audiencia, tomaremos la acción indicada en la página 1. Si no recibimos la petición de una audiencia dentro de los 90 días de la fecha de este aviso, usted pierde el derecho a una audiencia.

Quiera o no la audiencia, puede pedir una entrevista informal para discutir su situación con el personal administrativo del departamento. Si quiere una entrevista, comuníquese con el administrador de casos para hacer los arreglos.

PETICIÓN DE UNA AUDIENCIA (Marque el cuadro SÓLO SI desea la audiencia).

Presento esto como mi apelación y solicito una audiencia ante un funcionario de audiencias de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. Comprendo que si sigo recibiendo servicios y el funcionario decide en mi contra, es posible que tenga que pagar el costo de algunos o todos los servicios recibidos mientras estaba pendiente la audiencia.

Firma-Cliente

Fecha

Si usted cree que ha sido discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, afiliación política o religión, y quiere quejarse ante la administración de este departamento, puede comunicarse con el supervisor del administrador de casos, quien mandará su queja a la Oficina de Derechos Civiles, o puede escribir directamente a: Civil Rights Dept., Health and Human Services Commission, P.O. Box 149030, Austin, TX 78714-9030.

Si también está pidiendo una audiencia, devuelva este aviso al administrador de casos. **POR FAVOR, NO MANDE** este aviso a la Oficina de Derechos Civiles.